

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DIR3: E04627005

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE CLASES PASIVAS

FORMULARIO DE PENSIÓN DE INVALIDEZ DE REGLAMENTOS COMUNITARIOS

La Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas le informa que mediante este formulario puede solicitar la pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente o inutilidad (invalidez) que pudiera corresponderle como funcionario perteneciente al Régimen de Clases Pasivas teniendo en cuenta los Reglamentos Comunitarios sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social - Reglamentos (CE) nº 883/2004 y nº 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo-, así como la pensión de invalidez a cargo de otros Estados.

¿Quién puede utilizar este formulario de solicitud de pensión?

- El funcionario del Régimen de Clases Pasivas que resida en España y acredite períodos de cotización o seguro en Estados miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza.

¿Para qué sirve?

- Para solicitar simultáneamente :
  - La pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente o inutilidad (invalidez) del Régimen de Clases Pasivas con la toma en consideración de los períodos cubiertos en otros Estados del ámbito de los Reglamentos Comunitarios y
  - La pensión de invalidez que pudiera corresponderle a cargo de cada uno de los Estados en los que se acrediten periodos de seguro.
- Para solicitar sólo la pensión a cargo del Régimen de Clases Pasivas o de uno o varios países aplazando la solicitud a cargo de otros Estados (en cuyo caso deberá hacerlo constar en el apartado 8 de la solicitud).

¿Qué documentación hay que presentar para el reconocimiento de la pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente o inutilidad en aplicación de los Reglamentos Comunitarios?

1.- EN TODOS LOS SUPUESTOS:

- Si no está jubilado como funcionario del Régimen de Clases Pasivas, **Certificación de servicios efectivos prestados a las Administraciones Públicas a efectos de Clases Pasivas, modelo "CS",** aprobado por Resolución del Ministerio de la Presidencia de fecha 24-06-1998, BOE de 29-07-1998, que deberá solicitar en la Unidad de Recursos Humanos correspondiente al último Centro de destino como funcionario.
- Si no está retirado como funcionario del Régimen de Clases Pasivas,
- Si ha perdido la condición de funcionario, pruebas e informes médicos en que fundamente su petición de pensión de invalidez.
- Baja médica previa a la jubilación o retiro por incapacidad permanente o inutilidad.
- Si está jubilado o retirado por incapacidad permanente o inutilidad del Régimen de Clases Pasivas es necesario que autorice a esta Dirección General a que envíe a los otros Estados la documentación médica que obre en el expediente de reconocimiento de pensión, para hacerlo basta que señale con una cruz en el apartado correspondiente inmediatamente antes de la firma.
- **Documentos** que acrediten **períodos de cotización o seguro en Estados miembros de la Unión Europea**, Espacio Económico Europeo o Suiza, si obran en su poder. En todo caso deberá cumplimentar en el apartado 6 de este formulario indicando los períodos trabajados. La no aportación de los documentos puede dar lugar a retrasos en la tramitación de la pensión por dificultades en la localización de sus actividades en el extranjero.
- Libro de Familia. La acreditación del matrimonio y/o de los hijos son circunstancias que pueden influir en los períodos de seguro seguro reconocidos por otros Estados y/o en la cuantía de la pensión que dichos países pudieran señalar. También para acreditar, cuando proceda, el complemento para la reducción de la brecha de género en el Régimen de Clases Pasivas.

2.- DOCUMENTOS ESPECIALES:

- Para solicitudes de pensión a cargo de Alemania o Reino Unido: original de la Cartilla de seguro.
- Para solicitudes de pensión a cargo de Francia o Suiza: certificado de nacimiento plurilingüe o internacional.

3.- SI ACTÚA A TRAVÉS DE REPRESENTANTE.

- Documento público que acredite el poder o la representación para la tramitación de la pensión.
- En caso de incapacidad judicial, acompañar la resolución de incapacidad, el nombramiento y aceptación del tutor o el certificado de nacimiento con inscripción de la incapacidad y el nombre del tutor. La solicitud deberá estar suscrita por el representante legal.



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

SOLICITUD DE PENSIÓN DE REGLAMENTOS COMUNITARIOS

INVALIDEZ

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:

APELLIDOS DE NACIMIENTO (Si son diferentes de los indicados en el apartado anterior):

NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:	SEXO:	NACIONALIDAD:	NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TFNO. MÓVIL:

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):	LOCALIDAD:

C. POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	CORREO ELECTRÓNICO:

LUGAR DE NACIMIENTO (Localidad, provincia, departamento y país):

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

ESTADO CIVIL:

- ☐ SOLTERO
- ☐ DIVORCIADO CON NUEVAS NUPCIAS
- ☐ DIVORCIADO DESDE _____________
- ☐ CONVIVENCIA DESDE _____________
- ☐ CASADO
- ☐ SEPARADO DESDE _____________
- ☐ VIUDO DESDE _____________

2. DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Rellenar solamente si es distinto del indicado en apartado 1):

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):	LOCALIDAD:

C. POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TFNO. MÓVIL:

3. DATOS DEL REPRESENTANTE (Rellenar sólo cuando proceda):

NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:

NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:	SEXO:	NACIONALIDAD:	NÚM. TELÉFONO:	NÚM. TFNO. MÓVIL:

DOMICILIO (Calle, Número, Piso y Puerta):	LOCALIDAD:

C. POSTAL:	PROVINCIA:	PAÍS:	CORREO ELECTRÓNICO:

4. DATOS SOBRE LA INCAPACIDAD:

CAUSA QUE LA PRODUJO

☐ Enfermedad común
☐ Enfermedad contraída en acto de servicio
☐ Accidente producido en acto de servicio
☐ Accidente no laboral

¿Existe un tercero responsable de la incapacidad? ☐ **NO** ☐ **SÍ**

EFECTOS DE LA INCAPACIDAD

¿Ha sido declarada la incapacidad permanente para el servicio? ☐ **NO** ☐ **SÍ**

PUESTO DE TRABAJO

Indique el último puesto de trabajo que ha desempeñado o desempeña aún:
_ _

5. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL:

¿TRABAJA ACTUALMENTE?

☐ **NO** Fecha en que dejó de trabajar
☐ Como funcionario: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
☐ Como trabajador por cuenta ajena: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
☐ Como trabajador por cuenta propia: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Indicar actividad: _

☐ **SÍ** ☐ En una Administración Pública
Indicar Centro _
Número de horas semanales : _ _ _ _ _ _
Importe anual de las retribuciones: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

☐ Por cuenta ajena
Indicar actividad: _
Número de horas semanales: _ _ _ _ _ _
Importe anual del salario: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

☐ Por cuenta propia
Indicar actividad: _
Importe anual de las retribuciones: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

¿OTROS INGRESOS?

Si tiene otros ingresos
Naturaleza: _
Importe anual: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

¿CARECE DE INGRESOS? ☐ **NO** ☐ **SÍ**

¿HA ESTADO SOMETIDO A READAPTACIÓN PROFESIONAL DESDE EL PRINCIPIO DE SU INCAPACIDAD / INUTILIDAD?

☐ **NO**

☐ **SÍ** ¿Para qué clase de empleo? _
Duración: Desde _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Hasta: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Datos del empresario para el que ha trabajado:
Nombre o razón social _
Dirección: _

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:

5. DATOS DE SITUACIÓN LABORAL (Continuación):

¿COBRA O HA SOLICITADO ALGUNA PRESTACIÓN ADEMÁS DE LA QUE AHORA SOLICITA?

☐ **NO** ☐ **SÍ**

TIPO DE PRESTACIÓN	SOLICITADA	COBRA	FECHA DE INICIO DEL COBRO	IMPORTE	INSTITUCIÓN PAGADORA	PAÍS	PERIODICIDAD DEL COBRO.
Pensión de incapacidad / inutilidad	☐	☐					
Pensión de jubilación / retiro	☐	☐					
Pensión familiar (Viudedad, orfandad…)	☐	☐					
Prestaciones por desempleo	☐	☐					
Continuación cobro del salario en caso de incapacidad temporal	☐	☐					
Pensión por accidente de trabajo o enfermedad profesional	☐	☐					
Otras	☐	☐					

6. DATOS SOBRE PERÍODOS TRABAJADOS Y/O SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS ESTADOS

PERIODOS TRABAJADOS EN OTROS PAÍSES Indique los datos aunque se trate de un país no miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo

Periodos (años)		Profesión o tipo de actividad	Por cuenta ajena	Por cuenta propia	Nombre y domicilio de la empresa	Nº de afiliación o equivalente	Institución o régimen de seguro. (mutualidades, cajas de seguro etc.)	Localidad y país de ejercicio de la actividad	Localidad y país de residencia durante la actividad
Desde	Hasta								
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					
			☐	☐					

¿HA TENIDO PERIODOS SIN ACTIVIDAD LABORAL EN OTROS PAISES?
☐ **NO** ☐ **SÍ** Indique los datos:

Periodos (años)		Indicar situación: Residencia, estudio u otros motivos	Localidad	País
Desde	Hasta			

NOMBRE Y APELLIDOS:

NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:

7. DATOS SOBRE FAMILIARES:

☐ **CÓNYUGE** ☐ **PAREJA DE HECHO**

NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:

NÚM. DNI / NIF / NIE / PASAPORTE:	NACIONALIDAD:

DOMICILIO (Dirección completa si es diferente a la del solicitante):

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (localidad, provincia o departamento y país):	FECHA MATRIMONIO/CONVIVENCIA:

SU CÓNYUGE O PAREJA DE HECHO:

¿TRABAJA ACTUALMENTE? ☐ **NO** ☐ **SÍ.** Tipo de actividad:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Ingresos:_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ .euros

Este importe es por: ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año

HIJOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombre	Fecha de nacimiento	¿Estudia?	¿Está incapacitado?	Fecha de fallecimiento
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

8. APLAZAMIENTO DE PENSIÓN:

¿Desea que se aplace el reconocimiento de su pensión de jubilación en algún país de los que ha señalado en el apartado 6?

☐ **NO** ☐ **SÍ, en qué país** _

_ _

_ _

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:

9. DATOS ESPECÍFICOS DE ALGUNOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA Y DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO. (Rellene los apartados correspondientes a los países en los que haya trabajado).

ALEMANIA

Aporte el original de la Cartilla de seguro.

De los hijos mencionados en el apartado 6, indique aquí aquéllos que hayan sido educados en este país durante su primer año de vida y también aquellos hijos que en la actualidad continúan sus estudios o ejercen funciones de aprendiz.

Apellidos y Nombre	Educación primer año de vida	¿Estudia o es aprendiz?

BÉLGICA

Indique si tiene ascendientes u otros familiares a su cargo:

Apellidos y Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento

DINAMARCA

Última dirección del/de la solicitante en Dinamarca: ..____

____

FRANCIA

Aporte certificado de nacimiento plurilingüe o internacional.

De los hijos mencionados en el apartado 6, indique aquí aquéllos que hayan estado a su cargo al menos durante nueve años desde su nacimiento hasta cumplir los dieciséis, cualquiera que sea su edad actual, aunque hayan fallecido.

Apellidos y Nombre	Apellidos y Nombre

REINO UNIDO

Aporte original de la Cartilla de seguro.

Indique si tiene ascendientes u otros familiares a su cargo:

Apellidos y Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento

PAISES BAJOS

Última dirección del/de la solicitante en Países Bajos: ____

____

PORTUGAL

Si necesita ayuda de una tercera persona para realizar los actos esenciales de su vida, indique los siguientes datos sobre la misma:

Apellidos y Nombre: ____

Domicilio completo: ____

NOMBRE Y APELLIDOS:	NÚM. DNI/NIF/NIE/PASAPORTE:

SUIZA

Aporte certificado de nacimiento plurilingüe o internacional.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y quedo enterado de la obligación de comunicar a la Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

☐ **AUTORIZO** la remisión de la documentación médica aportada así como la que pueda obrar en el expediente de pensión de jubilación o retiro por incapacidad permanente o inutilidad del Régimen de Clases Pasivas del Estado a las instituciones competentes de otros Estados por los que solicito pensión.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, pensión de invalidez en aplicación de los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Los datos personales facilitados mediante el presente formulario serán tratados por la Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas con la finalidad del reconocimiento y, en su caso, liquidación de pensión en aplicación de los Reglamentos Comunitarios que ha sido solicitada. Podrá ejercer sus derechos de protección de datos ante el responsable del tratamiento. Antes de firmar la solicitud debe leer la información adicional sobre protección de datos personales que se encuentra anexada a este documento.

En ____________________ a _____ de _______________ de ______

(Firma del solicitante o del representante)

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

Subdirección General de Gestión de Clases Pasivas. Avda General Perón, 38, Edificio Master´s II 28020 Madrid.
Teléfono: 900 50 30 55
https://www.portalclasespasivas.gob.es/sitios/clasespasivas/es-ES/Paginas/Consultas.aspx

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS:

Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social; Calle Sagasta 13, sexta planta, 28004, Madrid;

Email: delegado.protecciondatos@seg-social.es

FINES DEL TRATAMIENTO:

Reconocimiento y liquidación de pensiones en aplicación de los Reglamentos Comunitarios.

BASE JURÍDICA DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Reglamento (CE) 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social.

DESTINATARIOS DE LOS DATOS:

Aquellas personas distintas de los beneficiarios a los que se les pueden comunicar los datos personales.
Comunicación habilitada por la base jurídica especificada.

TRANSFERENCIAS DE DATOS:

No están previstas.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS:

Indefinido.

DECISIONES AUTOMATIZADAS:

No existen decisiones automatizadas.

DERECHOS DEL INTERESADO:

El interesado puede ejercer, cuando procedan, los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición del tratamiento de los datos (y a oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, que produzcan efectos jurídicos sobre él o le afecten significativamente de modo similar, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22 del Reglamento (UE) 2016/679), dirigiéndose al responsable del tratamiento de forma presencial en cualquiera de las oficinas de la red de asistencia en materia de registros (https://administracion.gob.es).

Derecho a reclamar:

Ante el Delegado de Protección de Datos, de forma previa y potestativa.

Ante la Agencia Española de Protección de Datos. C/ Jorge Juan 6, 28001 MADRID (https://sedeagpd.gob.es)